

Schwerpunktthema:

Leitliniengestützte interdisziplinäre Diagnostik und Therapie beim kolorektalen Karzinom

Von Prof. Dr. Thomas W. Kraus, Prof. Dr. Elke Jäger & PD Dr. Michael van Kampen,
Krankenhaus Nordwest GmbH

Gedanken zur Qualitäts- und Effizienzdiskussion in der Medizin

Der Begriff der Qualität ist alt und von dem lateinischen Begriff „Qualitas“ abgeleitet. Er beschreibt die Beschaffenheit eines Gutes durch Adjektive wie groß, klein, leicht oder schwer. In diesem Sinne ist eine bestimmte Qualität objektiv feststellbar und bezieht sich auf die Zusammensetzung des Gutes oder die Charakteristik einer Leistung. In der Antike wurde der Begriff zur Abgrenzung von Dingen benutzt. Im heutigen Verständnis wird die objektiv feststellbare Qualität in der Regel als Normerfüllung definiert. So beschreibt z. B. die ISO-Norm-8402 Qualität als „Gesamtheit der Merkmale einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“. Auch in der Medizin erfolgen Qualitätsbewertungen zunehmend als explizite Definitionen über Zertifizierungsverfahren, welche lediglich Normerfüllung und Standardisierungsgrad in einer Organisation überprüfen. Diese Qualitätsdiskussion führt in Krankenhäusern aktuell zu einer Welle neuer Aktivitäten für alle Berufsgruppen. Im Rahmen der Zertifizierungsbemühungen entstehen neue Märkte, in welche finanzielle als auch personale Ressourcen in nicht unbeträchtlichem Umfang umgeleitet werden.

Wir Mediziner wissen sehr gut um diese allenfalls nur partiell befriedigende Qualitätsbewertung. Das besondere Problem liegt in der Tatsache begründet, dass die objektive Qualität vieler medizinischer Leistungen von Laien und auch oft selbst von medizinischen Experten nur schwer bewertet werden kann. In dieser Situation werden leichter erfassbare Randleistungen (Hotelleistungen, Service etc.) subjektiv als maßgeblich für die Qualitätswertung aufgefasst und von den Leistungserbringern (besonders in Konkurrenzsituationen) entsprechend herausgestellt. Weisen Güter oder Leistungen aus Sicht der Nachfrager eine unterschiedliche Qualität auf, werden sie betriebswirt-

schaftlich als heterogene Güter bezeichnet. Viele medizinische Leistungen sind aus der ärztlichen Sicht ganz klar heterogene Güter. Nur Langzeitergebnisse verdeutlichen uns die wahre Effektivität einer erbrachten Behandlung und des stattgehabten Ressourcenverbrauchs. Diese Form der Qualitätsbewertung ist erheblich schwieriger zu realisieren. Sie wird gegenwärtig nicht vergütet und



Colonkarzinom und polypöse Vorstufen im Randbereich

liegt auch zudem außerhalb der Ergebnisdefinitionen des heute etablierten Krankenhaus-Managements, welche über die Erfassung von Behandlungszahlen, Globalkosten und Liegezeiten kaum hinausgehen. Hier wird zudem ein grundsätzlicher, wenn nicht sogar politischer Unterschied erkennbar: Kostenträger und nicht wenige Klinik-Administratoren bewerten im Gegensatz zu Medizinerinnen medizinische Leistungen tendenziell eher als homogene Leistungen („Kommoditäten“), die sich definitionsgemäß allenfalls im Preis unterscheiden. Im Fokus der gestaltenden Bemühungen steht hier deshalb oft nur die primäre Effizienzsteigerung der Leistungserbringung.

Effizienz und Qualität lassen sich jedoch keinesfalls unabhängig betrachten. Die Steuerung von Abläufen und Prozessen übt unmittelbaren Einfluss auf die Ergebnisse der Arbeit aus. Effizienz ist aber nie direkt messbar. Ihre Bewertung als eine „Input-Output-Ratio“ resultiert grundsätzlich nur komparativ aus einer „Marktanalyse“ der Leistungskraft vieler Kliniken. DRGs werden

Editorial

Hohes Gut für wenig Geld?

Nicht nur für die Patientinnen und Patienten ist es kaum noch möglich, alle für eine korrekte Diskussion notwendigen Details zu verstehen, wenn über Gesundheitsreformen, Fallpauschalen, Bürgerversicherungen, Fondsmodelle und über Streiks und Proteste der Krankenhausärzte in unterschiedlicher Trägerschaft und ihrer niedergelassenen Kollegen diskutiert wird.

Da es auch für „Insider“ immer schwieriger wird, zu korrekten und besseren Lösungen zu kommen, ist die Gefahr nicht rationaler Beeinflussung durch die stets in irgendeiner Form vorliegende persönliche Betroffenheit mehr als bei anderen komplexen Problemen in besonders ausgeprägter Weise gegeben.

Längere Lebenszeiten und immer bessere Diagnosen, Therapien und Arzneimittel treiben den Aufwand für das Gesundheitssystem in die Höhe. Wegen des Geburtenrückgangs und des höheren Lebensalters nimmt zugleich die Zahl der Beitragszahler immer weiter ab – die Lücke zwischen Ausgaben und Einnahmen wächst stetig. Schon seit längerem überwiegt bei weitem das Einnahmenproblem für die zu Recht geforderten Leistungen, dennoch wird seit langem an allen Ecken und Enden abgeschmolzen und eingefroren; schon die Wortwahl stimmt nachdenklich ...

Dabei betonen fast alle Fachleute, auch die, die an den staatlichen Regelungen so intensiv arbeiten, dass Verbesserungen nur durch mehr Wettbewerb zu erwarten sind. Nur der Wettbewerb würde Leistungserbringer und Versicherungen gleichermaßen zwingen, neue und kostengünstige Formen der gesundheitlichen Versorgung einzuführen. Dass dennoch schon allein aus ethischen Gründen große Unterschiede zur industriellen Produktion oder zu Dienstleistungen anderer Art bestehen, die man eben nicht zwingend (wie im Falle der Krankheit) in Anspruch nehmen muss, wird im Eifer der finanziell geprägten Diskussion schnell vergessen. Darüber hinaus werden nahezu täglich neue Fusionen und Kooperationen zumindest angekündigt, teilweise sinnvoll betrieben und häufig wieder relativ still beendet.

Der Streik der Klinikärzte für einen arzt-spezifischen Tarif hat den bisherigen einheitlichen Tarifvertrag für alle Berufsgruppen in den Grundfesten erschüttert. Dieser nachhaltige Arbeitskampf der angestellten Ärzte und die ebenfalls starken Proteste der niedergelassenen Ärzte sind ein weiteres sehr deutliches Signal dafür, dass es im Topf umso stärker kocht, je fester der Deckel durch immer neue Regulierungen, Verordnungen, Dokumentationspflichten und ständig steigende bürokratische Zusatzbelastungen zugeedrückt wird.

Forts. Seite 2

Forts. Editorial

Die politischen Lösungsversuche ähneln ein wenig der ja bekanntermaßen unmöglichen Quadratur des Kreises (mittlerweile wird dies auch gerne unter Zuhilfenahme der dritten Dimension gesteigert); das Spannungsfeld der Unvereinbarkeiten erstreckt sich zwischen sinnvollem Wettbewerb und gestärkter Eigenverantwortung auf der einen Seite und der üblichen Regulierungs- und Umerziehungskunst auf der anderen sowie zwischen erklärtem Willen zum Bürokratieabbau und dem (damit dann oft paradox verbundenen) Aufbau komplexer neuer Behörden (Bundesagentur für Gesundheit?).

Mittlerweile wächst jedoch in unserer Gesellschaft auch die eigentlich selbstverständliche Erkenntnis, dass die optimale Balance zur bestmöglichen Ressourcennutzung und zur unveränderten Aufrechterhaltung der Qualität nur im Konsens mit den Leistungserbringern möglich ist. Dies darf auf keinen Fall im weiteren Verlauf der Diskussion und der Entscheidungsprozesse gefährdet werden.

Wie geht es weiter, deckeln oder nicht deckeln, Wettbewerb und Eigenverantwortung oder gleichschaltende Mängelverwaltung?

Müssen die Abgaben weiter erhöht werden, indem zusätzliche Steuern oder Beiträge erhoben werden, oder besteht die Gefahr, dass noch kompliziertere Systeme konstruiert werden, unter anderem, um die Leistungsreduktion zu verschleiern?

Auf jeden Fall steht zu befürchten, dass der Verwaltungsaufwand bei allen Akteuren im Gesundheitswesen weiter gesteigert wird. Oder es werden verschiedene Lösungen kombiniert, eine dritter Weg gefunden, der in einer Großen Koalition, in der von höchst unterschiedlichen gesundheitspolitischen Ausgangspositionen ausgegangen wird, die wahrscheinlichste Lösung ist, natürlich möglichst ohne politischen Gesichtverlust bei allen Beteiligten. Fürwahr keine leichte Aufgabe!

Wenn etwas bei der Gesundheitsreform jedoch heute schon sicher ist, dann dies: Das Gesundheitswesen wird teurer, und das nun sicher bereits ab dem 1.1.2007 durch die mittlerweile beschlossene Mehrwertsteuererhöhung.

Mit kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Christian Trendelenburg

Ärztlicher Direktor
Städtische Kliniken Frankfurt a. M. - Höchst

► zukünftig in diesem Sinne wahrscheinlich bessere Effizienzvergleiche zwischen Kliniken erlauben und dies ist wahrscheinlich auch die primäre politische Intention. Solche Daten müssen dann aber immer mit zeitgleich erhobenen medizinischen Qualitätsdaten vergesellschaftet werden, denn bei pauschalierten Vergütungssystemen droht immanent ein suboptimaler Ressourceneinsatz, welcher ohne den (Langzeit-)Qualitätsvergleich zu gravierenden Fehlbewertungen der Effizienz führen kann.

Eine Vielzahl aus Management-Lehre und Logistik entlehnter Prinzipien finden gegenwärtig Eingang in die Organisation der stationären Patientenversorgung. Die Standardisierung der Prozesse und medizinischen Behandlungsabläufe erscheint eigentlich selbstverständlich und ist Grundlage für jede Qualitätsinitiative. Sie zielt primär auf Variabilitätsreduktion, wird gegenwärtig meist noch klinikindividuell festgelegt und orientiert sich primär an der Verfügbarkeit wissenschaftlicher Evidenz. Auch die hohe Komplexität vieler Erkrankungen und Behandlungen, wie z. B. beim kolorektalen Karzinom, zwingt zur Umstrukturierung. Es entstehen neue Formen interdisziplinärer Zusammenarbeit. In „Krankheitsorientierten Zentren“ wird spezifische ärztliche und pflegerische Kompetenz gebündelt. Es kann für komplexe Leistungen als gesichert angenommen werden, dass höhere Fallzahlen über Lernkurven und Erfahrungseffekte fehlerärmere Behandlungen ermöglichen. Die simultane Einbindung von Forschungsinstitutionen ist letztlich der „Königsweg“ und zielt auf frühzeitige Integration von wissenschaftlichen Erkenntnissen in den Behandlungsprozess sowie auf Patientenrekrutierung für klinische Studien. Hiermit schließt sich der Optimierungskreis („Comprehensive Care“). Es soll zudem darauf hingewiesen werden, dass bei interdisziplinärer Entscheidungsfindung gerade auch Leistungsexzesse einzelner Fachdisziplinen durch die kontrollierende Kooperation vermindert und so meist auch erhebliche Effizienzeffekte realisiert werden können *(1).

Qualität und Effizienz bei der Behandlung des kolorektalen Karzinoms

Die angeführten Probleme und Grenzen der Qualitätsbewertung lassen eine spannende Auseinandersetzung um medizinische Qualität auch in der Zukunft erwarten. Die Schwierigkeiten werden in der interdisziplinären

nären Onkologie besonders eindrücklich erkennbar. Gerade hier ist wegen der hohen Komplexität der Behandlung und wegen der potenziellen Irreversibilität primärer Behandlungsversuche eine konsequente Qualitätskontrolle und prozessurale Optimierung im Sinne unserer Patienten zu verfolgen. Dies betrifft ebenfalls und wegen der großen Häufigkeit des Problems ganz besonders auch das kolorektale Karzinom. Kolorektale Karzinome stellen für beide Geschlechter die zweithäufigste Krebserkrankung in entwickelten Ländern dar. In Leitlinienkonferenzen wurden in den letzten Jahren gute Grundlagen für eine Standardisierung der Diagnostik und Therapie gelegt, die als exemplarisch gelten können. Verschiedene wissenschaftliche und medizinische Initiativen lassen sich zusammenstellen:

1. Vorsorge ist besser als Nachsorge: Das Auftreten von neoplastischen Darmadenomen (intraepitheliale Neoplasien) stellt den wichtigsten Risikofaktor dar, wobei das Risiko mit Anzahl, Größe und vermehrter villöser Histologie der Adenome ansteigt. Während die Inzidenz der Erkrankung zunimmt, nehmen Sterberaten seit Mitte der 70er Jahre stetig ab. Verantwortlich sind intensive Bemühungen um Sekundärprävention. Seit 2002 gibt es strukturierte Vorsorgeprogramme. Ihre Akzeptanz lässt noch zu wünschen übrig. Werden die Programme aber konsequent angewendet, kann die Entstehung von kolorektalen Karzinomen verhindert oder die Tumoren können in einem deutlich früheren Stadium entdeckt werden.

2. Identifikation von Risikogruppen: Die Beobachtung, dass kolorektale Karzinome familiär gehäuft auftreten, weist auf eine genetische Prädisposition hin. Darüber hinaus wird die Beteiligung genetischer Risikofaktoren bei der sporadischen Entwicklung diskutiert. Mehrere allelische Varianten von Genen bzw. Sequenzen wurden identifiziert und ihre Assoziation mit sporadischen kolorektalen Karzinomen untersucht. Zu den selteneren Risikofaktoren gehören Adenomatosen wie die familiäre Polyposis (FAP, APC-Gen) oder das hereditäre, nicht-polypöse kolorektale Krebsyndrom (HNPCC). Colitis ulcerosa ist ebenfalls eine prädisponierende Erkrankung. Das Lebenszeitrisko, an einem kolorektalen Karzinom zu erkranken, liegt in Deutschland bei 4 bis 6 %, daran zu sterben heute bei 2,5 bis 3 %.

3. Gute Staging-Diagnostik: Im Einzelfall nützliche prätherapeutische Untersuchun-

gen sind die Endosonographie zur Beurteilung der Tiefeninfiltration, Spiralcomputer- oder Magnetresonanztomografie bei Verdacht auf organüberschreitendes Wachstum, das hochauflösende Dünnschicht-MRT zur Darstellung der Beziehung des Tumors zur mesorektalen Faszie, Spiral-Computertomografie des Thorax bei Verdacht auf Lungenmetastasen, Zystoskopie bei Verdacht auf Blaseninfiltration, gynäkologische Untersuchung bei Verdacht auf Infiltration gynäkologischer Organe und die Sphinktermanometrie vor tiefer, intersphinkterer oder koloanaler Anastomose.

4. Adäquate chirurgische Therapie: Hinsichtlich der Prognose ist die kompetent durchgeführte chirurgische Operation unter konsequenter Berücksichtigung der onkologischen Radikalitätsprinzipien von entscheidender Bedeutung. Hier wird vielfach das Schicksal des Patienten vordefiniert, denn das Auftreten eines Lokalrezidivs beeinflusst die Langzeitprognose signifikant. So wurden bei Patienten mit Rektumkarzinom, die kurativ operiert werden konnten und im weiteren Verlauf kein Lokalrezidiv entwickelten, 5-Jahres-Überlebensraten von 85 % beobachtet, andererseits war die 5-Jahres-Überlebensrate von Patienten, die an einem Lokalrezidiv erkrankten, mit 23 % dramatisch erniedrigt. Insbesondere Patienten mit lokal fortgeschrittenen Rektumkarzinomen und/oder Befall regionärer Lymphknoten haben ein deutlich erhöhtes Lokalrezidiv-Risiko. Obwohl 80 bis 90 % aller Rektumkarzinome prinzipiell mit kurativer Zielsetzung operiert werden können, sterben bereits nach 5 Jahren etwa 30 % der Patienten an einem Tumorrezidiv. Lokalrezidivraten differieren immer noch in verschiedenen Zentren erheblich und liegen zwischen < 5 und 40 %.

5. Adjuvante und neoadjuvante Therapieformen: Bei der engen Korrelation zwischen

Rezidivrisiko, Fernmetastasierung und Prognose gewinnen multimodale Therapieansätze weiter an Bedeutung. Durch die Einführung effektiver neoadjuvanter und adjuvanter Therapie-schemata, die neben der Radiotherapie eine simultane und sequenzielle Chemotherapie beinhalten, konnten inzwischen Lokalrezidivraten beim Rektumkarzinom gesenkt werden. Randomisierte Studien zeigen, dass die kombinierte Radiochemotherapie als adjuvante Standardbehandlung resektabler Rektumkarzinome die Häufigkeit von Lokalrezidiven im Vergleich zur alleinigen Operation und den uni-modalen adjuvanter Therapien etwa um die Hälfte senken und das 5-Jahres-Überleben um mindestens 10 % steigern kann. Die präoperative Radiochemotherapie hat beim Rektumkarzinom klare Vorteile gegenüber der postoperativen Therapie, reduziert jedoch die Fernmetastasierungsrate nicht. Die systemische Therapie muss deshalb prä- und postoperativ weiter verbessert werden, um eine Überlebensverlängerung zu erreichen. Neue Kombinationschemotherapien in Kombination mit Antikörpern werden gegenwärtig geprüft und werden an die Stelle der 5-FU Monotherapie treten. Auch 35 bis 75 % aller Patienten mit Kolonkarzinom im Stadium III erleiden innerhalb von 5 Jahren ein Rezidiv. Auch hier wird in der Zwischenzeit eine adjuvante Chemotherapie gefordert. Die Indikation zur adjuvanter Chemotherapie sollte nach Meinung vieler Onkologen auch im Stadium II großzügiger gestellt werden, als in den gegenwärtigen Leitlinien angegeben.

6. Fast-Track- und minimal-invasive Chirurgie: Durch moderne perioperative Konzepte lässt sich die postoperative Morbidität und hierdurch die stationäre Aufenthaltsdauer erheblich senken. Wichtige Faktoren sind eine mentale Einstimmung des Patienten auf den Behandlungsablauf, der weitgehende Verzicht auf Nüchternphasen, auf Darmspülung und

spezielle Narkoseverfahren („TIVA“ total intravenöse Anästhesie und thorakale Periduralanästhesie). Die in laparoskopische Colon-/Rektumchirurgie gesetzten Erwartungen an onkologische Ergebnisverbesserung sind bislang dagegen nicht wissenschaftlich zu bestätigen.

7. Neue Antikörper-Therapien und Tumor-Targeting: Die molekulare Pathogenese des kolorektalen Karzinoms zieht wissenschaftlich aktuell die größte Aufmerksamkeit auf sich und lässt die nächsten Durchbrüche bei der Therapieverbesserung erwarten. Eine Individualisierung der Behandlung in Anlehnung an das genetische Tumorprofil könnte zukünftig Realität werden. Schon heute ist durch den gezielten Einsatz von Antikörpern, z. B. gegen den vaskulären endothelialen Wachstumsfaktor (VEGF) oder gegen den epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor (EGFR), in vielen Fällen eine signifikante Tumorrückbildung erzielbar.

In den Kliniken der „Frankfurter Klinikallianz“ ist eine leitliniengerecht standardisierte Diagnostik und Therapie des kolorektalen Karzinoms zur Optimierung der Behandlungsergebnisse unserer gemeinsamen Patientinnen und Patienten schon gut etabliert.

In einer speziellen Fortbildungs-Veranstaltung im Japan Center am 12. Juli 2006, ab 18.30 Uhr werden wir die neuesten interdisziplinären Richtlinien und Eckpunkte der Behandlung bei dieser so wichtigen Erkrankung zusammenfassend darstellen und möchten mit Ihnen über die praktische und kollegial abgestimmte Umsetzung sowie die weiteren Perspektiven diskutieren. Hierzu laden wir Sie schon heute sehr herzlich ein!

*(1) Relationships between volume, efficiency, and quality in surgery – a delicate balance from managerial perspectives. Th. Kraus, MW. Büchler, Ch. Herfarth
World J Surg. 29 (10):1234-40 (2005)

Neues aus den Kliniken

Personalia

Herr Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Oliver Habler – zuletzt leitender Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie im Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main –



wurde zum neuen Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Schmerztherapie an der **Krankenhaus Nordwest GmbH Frankfurt a. M.** berufen. Er tritt die Nachfolge von Herrn Prof. Dr. Rüdiger Dennhardt an, der im Mai 2006 in den Ruhestand verabschiedet wurde.

Herr Prof. Habler absolvierte seine Ausbildung zum Facharzt für Anästhesiologie

und Intensivmedizin an der Ludwig Maximilians-Universität München. Darüber hinaus erwarb er die Zusatzbezeichnungen „spezielle anästhesiologische Intensivmedizin“ und „Notfallmedizin“ sowie die Qualifikation „leitender Notarzt“.

Einer der klinischen Schwerpunkte von Herrn Prof. Habler ist die Entwicklung und Umsetzung multimodaler Konzepte zur

► Einsparung von Fremdblut-Transfusionen im Rahmen großer operativer Eingriffe und während der Weiterbehandlung auf der Intensivstation. Dies umfasst Strategien zur Reduktion perioperativer Blutverluste, die Identifikation des optimalen Transfusionszeitpunktes sowie den kombinierten Einsatz fremdblutsparender Maßnahmen und Alternativen zur Transfusion von Fremdblut bei transfusionsbedürftiger Anämie.

Herr Prof. Habler ist Gründungsmitglied und Mitglied des Vorstands des internationalen „Network for the Advancement of Transfusion Alternatives (NATA)“ sowie aktives Mitglied der Kommission „Transfusion und Hämostasiologie“ innerhalb der Europäischen Gesellschaft für Anästhesiologie (ESA).

Kontakt: Sekretariat der Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Schmerztherapie, Frau Krones, Tel.: (0 69) 76 01-34 53. ■

■ Baumaßnahmen

Am 5. Mai 2006 wurde am **Krankenhaus Nordwest GmbH** das Richtfest für den Erweiterungsbau Nord des Bettenhauses gefeiert.

Damit hat die Umsetzung der Zielplanung zur Sanierung und Neuorganisation des Bettenhauses, an der seit den 90er Jahren von der Verwaltung, der Pflege und Ärzteschaft sowie den Architekten gearbeitet wird, ein fortgeschrittenes Stadium erreicht.

Ausgehend von einer Neuordnung der Pflegestationen sind die folgenden Maßnahmen wesentliche Bestandteile der strukturellen Veränderung:

- die Ertüchtigung der Flucht- und Rettungswege durch ergänzende Brandschutzmaßnahmen
- die Einrichtung einer zentralen, interdisziplinären Aufnahmestation im Erdgeschoss in Nachbarschaft zur Notaufnahme und dem Liegendkrankenverkehr
- die Einrichtung einer kompakten Intensivpflege im Bereich des 1. Obergeschosses (die Intensivseinheiten waren bisher im EG und 7. OG weit voneinander getrennt)
- die Einrichtung einer Intermediate Care als interdisziplinärer Einrichtung im 2. Obergeschoss
- der Umbau aller Stationen für 2-Bett-Zimmer mit eigenen Sanitärzellen
- die grundsätzliche Organisation der jeweiligen Pflegeetagen ab dem

3. Obergeschoss mit einer zentralen Pflegeeinheit im Zentrum der Anlage.

Von diesem zentralen Pflegestützpunkt aus erschließen sich im Prinzip drei Raumgruppen, die jeweils Bettenkontingente zwischen 12 und 23 Betten bzw. pro Etage je ca. 60 zu bepflegende Betten beinhalten. Ein Novum wird die Raumstruktur der Bettenzimmer sein, die als 2-Bett-Zimmer mit je eigener Nasszelle mittels mobiler Wände zum benachbarten Zimmer Möglichkeiten der Belegung vom 1-Bett- bis zum 4-Bett-Zimmer bieten.

Die bevorzugten Ausstattungsmerkmale liegen in der Sphäre einer wohnlichen Gastlichkeit mit hellen Ahorn-Dekoren in Möbeln und Türelementen, kombiniert mit dezent farbigen Textilien nach Erkenntnissen moderner Farbtherapie.

Wesentliches Merkmal dieser Konzeption ist eine neue Flexibilität gegenüber wechselnden klinischen Bedürfnissen. In der Umsetzung heißt dies – neben den ökonomischen Einsparpotenzialen – eine noch bessere Betreuung der Patienten.

Erweiterungsbau, Pflegestützpunkte und Brandschutzmaßnahmen werden im Frühjahr 2007 abgeschlossen sein, die Umbaumaßnahmen in den Stationen folgen sukzessive in den Folgejahren.



Grundsteinlegung für das Zentrum der onkologischen Palliativmedizin mit dem Erweiterungsbau des Bettenhauses im Hintergrund

Zeitgleich entsteht im klinischen Verbund des Krankenhauses ein neues Zentrum der onkologischen Palliativmedizin, das mittels einer stattlichen Förderung durch die Deutsche Krebshilfe ermöglicht wurde. Der Grundstein wurde am 23.05.06 im Beisein der Präsidentin, Frau Prof. Dr. Schipanski, und der Chefarztin der II. Medizinischen Klinik – Onkologie/Hämatologie, Frau Prof. Dr. Jäger, gelegt, Fertigstellung soll ebenfalls im Frühjahr 2007 sein.

Dieses für Hessen einmalige Vorhaben mit absoluter Vorbildfunktion geht mit der

Etablierung eines Wohngruppenkonzepts für schwerstkranke Patienten neue Wege. Zwei Wohngruppen zu je 4 bzw. 6 Personen mit einem eigenen Zentrum mit Wohnraum, Küche und Essplatz sowie je eigenen Sanitärzellen in den insgesamt 6 Einzel- und 2 Doppelzimmern, die über loggienartige Terrassen/Balkone verfügen, bieten in Größe und Zuordnung ein nahezu häusliches Umfeld jenseits der üblichen Krankenhausnormen.

Dazu gehört ein optimales Betreuungskonzept, das Arzt-, Psychotherapie-, Meditationsraum, Untersuchungs- und Behandlungszimmer umfasst. Der pflegerische Bereich liegt zentral zwischen den beiden Wohngruppen.

Sozialarbeiter, Koordinationsstelle und Brückenschwester liegen unmittelbar am Eingang im Erdgeschoss, um von dort Kontakte, Konsultationen, Patienten und den Besucherverkehr zu steuern.

Das Äußere des Gebäudes wird sich zwar in seiner Kubatur in die vorgegebene Örtlichkeit des Krankenhauses einpassen, es soll aber als eigenes Haus begreifbar sein und durch die Art seines Erscheinungsbildes durchaus Eigenständigkeit vermitteln, d. h. ein kontrastreiches und farbenfrohes Gebäude mit auflockernden Elementen in typischer Gestaltung durch farbige Paneele in Materialcollage mit z. B. naturnahen Produkten.

Durch die Baumaßnahmen wird der ohnehin schon sehr große Druck der parkplatzsuchenden Mitarbeiter, Patienten und Besucher zweifellos nicht geringer werden, so dass sich die Stiftung Hospital zum heiligen Geist entschlossen hat, diesem Problem grundsätzlich durch den Bau eines Parkhauses mit ca. 420 Stellplätzen abzuwehren.

Die Neuordnung der Stellplätze und die Steuerung und Kontrolle der Zuweisung und Nutzung der auf der Liegenschaft verteilten Parkplätze werden den Parksuchverkehr erheblich reduzieren, und da auch die städtischen Behörden die Maßnahme befürworten, kann bei zügiger Bearbeitung im Jahre 2007 mit einer Realisierung und Inbetriebnahme gerechnet werden.

Bauherr: Stiftung Hospital zum heiligen Geist, Steinbacher Hohl 2-26, 60488 Frankfurt a. M.
Architekt: Dr. Wilfried Schaedel, API Architekten BDA, Beethovenstraße 48-52, 63263 Neu-Isenburg ■

■ Veranstaltungen

Zwei traditionelle Schwerpunkte der Neurologischen Klinik der **Krankenhaus Nordwest GmbH** sind Diagnostik und Therapie von Schlaganfällen sowie die Behandlung neuroimmunologischer Erkrankungen. Deshalb wurden die ersten beiden Symposien unter der Leitung der neuen Chefarztin Frau Prof. Dr. Uta Meyding-Lamadé diesen Themen gewidmet. Das „Schlaganfallsymposium“ im Februar dieses Jahres (04.02.2006) fand im Kommunikationszentrum des Krankenhauses Nordwest statt. Die Zuhörerschaft übertraf die Erwartungen mit weit über 100 Teilnehmern. Es gelang, renommierte Vortragende zu gewinnen: Prof. W. Hacke (Heidelberg), Prof. R. von Kummer (Dresden), Prof. R. W. C. Janzen (emeritiert), OA Dr. Christian Schwark (Frankfurt) sowie OA Dr. Volker Jost (Frankfurt).

Gute Resonanz fand auch das 1. Neuroimmunologische Symposium (10.05.06) im Krankenhaus Nordwest. Neben der Multiplen Sklerose war die Myasthenia gravis ein Themenschwerpunkt dieser Veranstaltung. Als ausgewiesene Experten sprachen Prof. W. Brück (Göttingen), Prof. H. Wiendl (Würzburg), PD V. Limmroth (Köln), Dr. C. Mohs (Frankfurt), Prof. U. Meyding-Lamadé (ebenfalls Frankfurt).

Weiterhin war das Nordwest Krankenhaus Gastgeber des regelmäßig in Zusammenarbeit mit dem Verein zur Förderung der neurologischen Wissenschaften FFM stattfindenden neurovaskulären Kolloquiums. Dieses stand unter dem Motto „spinale Gefäßerkrankungen“ und fand sehr positive Resonanz. ■

■ Aktuelle Studien

Derzeit werden in der Neurologischen Klinik der **Krankenhaus Nordwest GmbH** mehrere Schlaganfall- und MS-Studien durchgeführt bzw. sind geplant.

Schlaganfallstudien: Beim ischämischen Schlaganfall wird im Rahmen der ECASS III-Studie in der Akutphase überprüft, ob die thrombolytische Therapie mit rtPA auch nach mehr als 3 Stunden (bis 4,5 h) nach Symptombeginn wirksam ist. Bisher ist das Medikament unter bestimmten Bedingungen nur innerhalb der ersten 3 Stunden zugelassen. Ab Herbst sollen in der DIAS-C-Studie Ergebnisse zu einem weiteren Thrombolytikum (Desmoteplase) gesammelt werden, das in den vorhergehenden Studien (DIAS I u. II) bereits einen vielversprechenden Eindruck hinterlassen hat.

Nach abgelaufenem Hirninfarkt stehen mittlerweile neben den Thrombozytenaggregationshemmern (ASS, Clopidogrel, ASS+Dipyridamol) und Cumarinderivaten auch andere Substanzen sekundärprophylaktisch zur Diskussion. So sollen ein Thromboxan-Rezeptor Antagonist und Thrombininhibitor (Dabigatran) randomisiert, doppelblind in der PERFORM- und RELY-Studie untersucht werden. Daneben wird die Kombination aus Clopidogrel und ASS während der ersten drei Monate nach Schlaganfall in der CASTIA-Studie ausgewertet.

MS-Studien: Auch das Thema MS wird intensiv beforscht. Nach Abschluss der internationalen TYSABRI-Studie steht ab Mitte des Jahres ein monoklonaler Antikörper gegen Integrine zur Behandlung von schweren schubförmigen Verlaufsformen bzw. Nichtansprechen auf die bisherige Standardtherapie (Interferon-beta-Präparate, Glatiramerazetat) zur Verfügung. Auch die Behandlung mit Mitoxantrone ist in diesen Fällen und auch bei der sekundär chronisch progredienten Verlaufsform eine Alternative. Allerdings wurde bei dieser Therapie die empfohlene Höchstdosis von der Fachgesellschaft wegen kardialer Nebenwirkungen reduziert, so dass sich früher die Frage einer Anschlussbehandlung stellt. In diesem Zusammenhang werden die verschiedenen Interferon-beta-Präparate (AMBOSS, RETURN-Studie) und Glatiramerazetat beobachtet und verglichen. ■

■ Service

An der Neurologischen Klinik der **Krankenhaus Nordwest GmbH** wurde eine ärztliche Hotline eingeführt: (0 69) 76 01-44 44). Die Hotline bietet niedergelassenen Fachkollegen die Möglichkeit, im direkten Kontakt mit einem/r Oberarzt/-ärztin oder der Chefarztin patientenbezogene Probleme zu besprechen. Wir hoffen, dadurch die Zusammenarbeit zwischen stationärem und ambulantem Krankenversorgungsbereich transparenter und einfacher zu gestalten.

Kontakt: Sekretariat der Neurologischen Klinik, Tel.: (0 69) 76 01-32 46 ■

■ Zertifiziert

Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main erhält Zertifikat der Hertie-Stiftung für familienfreundliche Arbeitsbedingungen. Mit dem Grundzertifikat etabliert der Vorstand des Frankfurter Uniklinikums in eine flexiblere, familienfreundlichere Arbeits-

zeit im ärztlichen Dienst und im Pflegedienst. Die Vereinbarung zwischen dem Klinikumsvorstand und der berufundfamilie GmbH, eine Initiative der gemeinnützigen Hertie-Stiftung, erfolgte stellvertretend für die Bereiche ärztlicher Dienst und pflegerischer Dienst. Das Zertifikat zum Audit nahm Professor Dr. Roland Kaufmann, Ärztlicher Direktor des Frankfurter Uniklinikums, am 14. Juni 2006 in Berlin von Bundesfamilienministerin Dr. Ursula von der Leyen und Bundeswirtschaftsminister Michael Glos entgegen.



Professor Dr. Roland Kaufmann, Ärztlicher Direktor des Frankfurter Universitätsklinikums (ganz rechts), kurz nach Übergabe des Zertifikats der Hertie-Stiftung durch Bundesfamilienministerin Dr. Ursula von der Leyen und Bundeswirtschaftsminister Michael Glos

In einem Maßnahmenkatalog formuliert das Klinikum Maßnahmen, mit denen es positive Akzente in der Arbeitszeitgestaltung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Familie setzen möchte. Für die Klinikumsangestellten, die den Katalog umsetzen werden, konzentrieren sich die Aufgaben auf die Punkte Arbeitszeit, Arbeitsorganisation, Informations- und Kommunikationspolitik, Führungskompetenz, Personalentwicklung und Service für Familien. Der Katalog wurde als Zielvereinbarung bei der gemeinnützigen Hertie-Stiftung eingereicht. Seine Umsetzung überprüft die Hertie-Stiftung jährlich mittels eines Berichtes. Das Zertifikat ist für drei Jahre gültig. „Wir müssen unseren Mitarbeiterinnen nach einer Elternpause den Wiedereinstieg ins Berufsleben erleichtern. Besonders jungen Ärztinnen muss es möglich sein, ihre Facharztausbildung möglichst bruchlos fortsetzen zu können“, erklärt Professor Kaufmann. Zudem, so Kaufmann, sei es nur so möglich, sehr gut ausgebildete Ärztinnen dauerhaft an das Uniklinikum zu binden. Das Engagement des Klinikums für familiengerechte Personalpolitik richtet sich neben Ärztinnen und Ärzten auch an Beschäftigte im Pflegedienst. Das Thema der Vereinbarkeit von Beruf und Familie soll auch Eingang in die regelmäßig durchzuführenden Audits des Qualitätsmanagements finden.

Das Audit und die Zielvereinbarung bauen auf bestehende Angebote des Klinikums zur

flexiblen Arbeitszeitgestaltung auf. Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte können bereits unter Teilzeitbedingungen als grundsätzliche Arbeitszeit oder als Elternzeit arbeiten. Die Zielvereinbarung verlangt, dass die Möglichkeiten zur Arbeitszeitflexibilisierung im ärztlichen Dienst und im Pflegedienst erweitert werden. Konkret bedeutet das für den Pflegedienst, dass Beschäftigte mit Familie zwar auch für Spät- und Nachtdienste zur Verfügung stehen müssen, allerdings in einem verminderten Maße als ihre Kolleginnen und Kollegen ohne Familie.

Auch in der Kinderbetreuung gibt es bereits Angebote für Klinikangestellte mit Kindern im Alter von 1 bis 6 Jahren. Die Kindertagesstätte mit insgesamt 35 Plätzen bietet eine Schichtdienstgruppe und eine Tagesgruppe an. Für einen besseren Wiedereinstieg ins Arbeitsleben bietet das Klinikum Mitarbeiterinnen mit Kind Rückkehrgespräche an. Eine Freistellung können Beschäftigte beantragen, wenn sie ihre Angehörigen betreuen müssen. Der Klinikumsvorstand begründet die Initiative zum Audit unter anderem mit der Notwendigkeit, die zukünftigen gesellschaftlichen Herausforderungen ernst zu nehmen. Ein gleichberechtigtes Rollenverständnis bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie unter sozialen, politischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten sei demnach eine notwendige Voraussetzung für eine intakte Gesellschaft und Arbeitswelt. Professor Kaufmann erklärt stellvertretend für den Klinikumsvorstand mit

Blick auf die Zukunft: „Das Frankfurter Universitätsklinikum möchte durch Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie seinen Ruf als attraktiver Standort für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Spitzenmedizin und in der Forschung bewahren und ausbauen.“

Infos: Ricarda Wessinghage, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Klinikum der J. W. Goethe-Universität Frankfurt/M., Tel.: (0 69) 63 01-77 64, Fax: (0 69) 63 01-8 32 22, E-Mail: ricarda.wessinghage@kgu.de, Internet: www.kgu.de

Neues Netzwerk

Die Universitäten Frankfurt, Basel und Warschau schließen ein trinationales Abkommen für Forschung und Lehre. Unter Federführung der Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie (MKG) des Universitätsklinikums in Frankfurt am Main wurde in Warschau am 20. Mai 2006 ein internationales Abkommen zwischen den Fachbereichen Medizin der **J. W. Goethe-Universität Frankfurt/Main**, der medizinischen Fakultät der Universität Basel in der Schweiz und der polnischen Medizinischen Akademie in Warschau unterzeichnet. Die drei Vertragspartner sehen das Abkommen als wegweisend für die Internationalisierung von Spitzen- und Hochleistungsmedizin. Die Universitätskliniken wollen mit dem Abkommen ein deutliches Zeichen für eine gewollte Internationalisierung von Forschung und Lehre setzen, verbunden mit der Bildung europäischer Kompetenznetze an den drei Standorten.

Das Abkommen wurde im Rahmen des Ersten Internationalen Polnischen Kongresses für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Warschau von den Direktoren der drei beteiligten Kliniken, Prof. Dr. Dr. Robert Sader (Frankfurt), Prof. Dr. Dr. Hans-Florian Zeilhofer (Basel) und Prof. Dr. Janusz Piekarczyk (Warschau) unterzeichnet. Für die Universitäten unterschrieben die Dekane der Fachbereiche in Frankfurt und Basel, Professor Dr. Josef Pfeilschifter und Professor Dr. André Perruchoud sowie der Rektor der Medizinischen Akademie Warschau, Professor Dr. Leszek Pączek.

Ziel der Kooperation ist die gemeinsame Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses und der wissenschaftlichen Zusammenarbeit der drei Unikliniken zunächst auf dem Gebiet der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie. Ein Schwerpunkt soll dabei auch im Austausch von Studenten liegen, um damit den europäischen Gedanken und die Verbundenheit mit Polen zu fördern, aber auch, um die heranwachsende Forschergeneration frühzeitig international auszurichten. Mitte Juli 2006 wird eine erste Studentengruppe der Zahnmedizin aus Warschau nach Frankfurt kommen. Finanziert wird dieser Besuch durch den Deutschen Akademischen Austauschdienst (DAAD). Diese strategische Kooperation setzt den Trend der internationalen Einbettung der deutschen Forschungslandschaft durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) fort. Bereits im letzten Jahr hatte die DFG ein grundlegendes Abkommen mit ihrer Partnerorganisation in Polen, der Stiftung für die polnische Wissenschaft, der Fundacja na Rzecz Nauki Polskiej (FNP), abgeschlossen.

Seit fast einem Jahr arbeitet eine zahnärztliche Nachwuchswissenschaftlerin aus Warschau an der MKG-Klinik des Frankfurter Universitätsklinikums und hat das erste gemeinsame trinationale Forschungsprojekt mit den Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen aus Warschau und dem Hightech-Forschungszentrum der MKG-Chirurgie in Basel durchgeführt. In Zukunft sollen innovative 3D-Planungsverfahren, die am Basler Forschungszentrum von einem Warschauer Informatiker gemeinsam mit der Frankfurter Uniklinik neu entwickelt werden, bei den Patienten in Frankfurt, Basel und Warschau eingesetzt werden. Besonders werden davon z. B. Patienten mit Kieferfehlstellungen profitieren, bei denen anlagebedingt die Kiefer zu klein sind und chirurgisch aufgedehnt werden müssen.



Fortbildungsveranstaltung der Frankfurter Klinikallianz

**„Kolorektales Karzinom – Therapeutische Qualität
durch interdisziplinäre Vernetzung
und leitliniengerechte Standards“**

**12. Juli 2006 – 18.30 Uhr
„Window 25“ im Japan Center
Taunustor 2, 60311 Frankfurt am Main**

Ärztliche Leitung: Prof. Dr. Thomas W. Kraus,
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und minimal-invasive Chirurgie,
Krankenhaus Nordwest GmbH

Weitere Informationen und Anmeldung: info@frankfurter-klinikallianz.de

„Durch diese strategische Kooperation von jeweils in ihrem Land führenden Universitätskliniken wollen wir europäische Kompetenznetze bilden. Eine solche interdisziplinäre und multinationale Zusammenarbeit kann für uns Europäer im Zeitalter der Globalisierung einen entscheidenden Vorteil bieten“, so Professor Robert Sader, Direktor der MKG-Klinik des Frankfurter Universitätsklinikums.

Infos: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. med. habil. Robert Sader, Direktor der Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Klinikum der J. W. Goethe-Universität Frankfurt/Main, Tel.: (0 69) 63 01-56 43, Fax: (0 69) 63 01-56 44, E-Mail: robert.sader@kgu.de ■

■ Professur

Brustkrebs – Wie gefährlich ist Mikrokalk? Die Universität Tübingen verleiht Dr. Müller-Schimpfle, Chefarzt der Radiologie der **Städtischen Kliniken Frankfurt am Main-Höchst**, eine Professur für seine Arbeiten auf dem Gebiet der Brustkrebsdiagnostik. Seit fast 100 Jahren ist bekannt, dass kleine Verkalkungen in der Brust im Zusammenhang mit Brustkrebs auftreten können. Nur die Röntgenuntersuchung der Brust – die Mammographie – kann diese kleinen Verkalkungen sicher entdecken. Doch häufig sind diese so



Prof. Dr. Markus Müller-Schimpfle, Chefarzt der Radiologie der Städtischen Kliniken Frankfurt a. M.-Höchst

genannten Mikroverkalkungen lediglich Zeichen harmloser, gutartiger Veränderungen der Brust. Die Unterschiede zwischen gutartigen und bösartigen Mikroverkalkungen sind oftmals gering und selbst für erfahrene Ärzte ist es häufig schwierig, die richtige Diagnose zu stellen.

Der Frankfurter Radiologe Markus Müller-Schimpfle, 43, hat kürzlich eine neue Diagnose-Strategie veröffentlicht, mit der Mikroverkalkungen besser differenziert werden können: das Mikrokalk-Matrix-System. Mit Hilfe der Kombination von Form und Verteilung der Mikroverkalkungen kann ihre Bösartigkeit und damit die Notwendigkeit für beispielsweise eine Vakuumbiopsie zur Gewebeuntersuchung besser abgeschätzt werden.

Für seine Arbeiten auf dem Gebiet der Brustkrebsdiagnostik wurde Müller-Schimpfle jetzt von der Universität Tübingen die Professur verliehen. Nach dem Studium in Tübingen begann er 1990 seine Weiterbildung am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg, durchlief dann seine Facharztausbildung in Tübingen und habilitierte dort 1998. Seit 2002 ist Müller-Schimpfle Chefarzt der Radiologie an den Städtischen Kliniken in Frankfurt-Höchst. Dort werden von ihm mittlerweile auch hochspezialisierte Verfahren zur Früherkennung und Abklärung von Brustkrebs durchgeführt. Die exzellente Zusammenarbeit mit seinen Kollegen in der Gynäkologie und Pathologie führt Müller-Schimpfle als klaren Erfolgsfaktor gerade für die schwierige Differenzierung von Mikroverkalkungen an.

Infos: Prof. Dr. Müller-Schimpfle, Vorzimmer: Frau Port, Tel.: (0 69) 31 06-28 18, E-Mail: radiologie@skfh.de; Internet: www.skfh.de oder www.die-radiologie.de ■

■ Videodokumentation online

Internationaler Kopf-Hals-Tumor-Kongress vollständig im Internet und in Echtzeit abrufbar. Die HNO-Klinik des **Frankfurter Universitätsklinikums** hat erstmals einen internationalen Kongress als Videodokumentation online verfügbar gemacht und reagiert damit auf wachsendes Interesse auch der passiven Teilnehmer. Der 2. Internationale Kopf-Hals-Tumor-Kongress zu modernen Behandlungsmethoden bei Kopf-Hals-Karzinomen unter der Schirmherrschaft der Europäischen Organisation zur Erforschung und Behandlung von Krebserkrankungen (EORTC) und der Deutschen Krebsgesellschaft fand am 27. und 28. Januar dieses Jahres im Hilton Hotel Frankfurt statt. Professor Dr. Rainald Knecht, leitender Oberarzt der HNO-Klinik am Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main, konnte international namhafte Vertreter der Fachdisziplinen Internistische Onkologie, Radiotherapie und Kopf-Hals-Chirurgie in einem neuen Kongressformat zusammenführen, das sehr viel Raum für Diskussion ließ. Gerade diese offene Diskussion zwischen den Disziplinen trug wesentlich zu dem außerordentlichen Erfolg des Kongresses und dem positiven Feedback bei.

Um auch den Kolleginnen und Kollegen, die nicht teilnehmen konnten, den Kongress zur Verfügung zu stellen, wurde die Veran-

staltung durch eine vollständige Videodokumentation erweitert. Diese ist online unter www.statements2006.org verfügbar. Ausgehend von diesem Link gelangen Nutzer zur Videodokumentation, indem sie auf die Schaltfläche „Summaries“ klicken und den Benutzernamen „symposium“ und das Passwort „HNCancer“ eingeben. Hierunter finden sich nicht nur die Vorträge der internationalen Referenten, sondern auch die intensiven Podiumsdiskussionen, die die aktuellen Themen zu verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten des Kopf-Hals-Karzinoms reflektieren.

Diese vollständige Verfügbarkeit eines internationalen HNO-Kongresses im Internet stieß bisher auf enorme Resonanz von Seiten der Nutzer. Aufgrund des national wie international überaus positiven Echos planen die Organisatoren für das Jahr 2008 bereits die nächste internationale Konferenz in Deutschland.

Infos: Prof. Dr. Rainald Knecht, Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Klinikum der J. W. Goethe-Universität Frankfurt/M., Tel.: (0 69) 63 01-44 71, Fax: (0 69) 63 01-77 10, E-Mail: knecht@em.uni-frankfurt.de ■

■ Rückblick

„Immer am Ball – Aktuelle Sportmedizin“, unter diesem Titel veranstaltete die **Frankfurter Klinikallianz** ihre letzte Fortbildungsveranstaltung im März 2006. Und sicherlich war nicht nur die (damals bevorstehende) WM der Grund für das zahlreiche Erscheinen der Kolleginnen und Kollegen aus dem Rhein-Main-Gebiet. Die Veranstalter zählten 180 Gäste, die den Fachvorträgen zu den Themen „Der Fußballer und sein Knie“, „Überlastungsschäden der Wirbelsäule bei Ballsportarten“, „Differenzialdiagnose bei Leistenbeschmerz“, „Schmerzhaftes Handgelenk“ und „Sport und Endoprothesen“ interessiert und aufmerksam folgten.

Die Atmosphäre im Japan Center trug das ihre dazu bei, dass der Abend nicht nur zu einer gelungenen Fortbildung wurde, sondern den Charakter eines interessanten Get-togethers vor inspirierender Kulisse annahm – auch dank des gigantischen Blicks über die Dächer von Frankfurt.

Nach den Referaten bestand für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Gelegenheit zu persönlichem Austausch bei einem Imbiss sowie zum Besuch der Ausstellerstände aus der Pharmabranche. ■

Veranstaltungen:

Fortbildung/Symposien/Vorträge

■ **Wöchentlich, donnerstags**, von 12.00 bis 13.30 Uhr: **Interdisziplinäre Fortbildung**, „Lunch Lecture“ (mit Imbiss), Neurologische Klinik der Krankenhaus Nordwest GmbH. Wechselnde Themen, Präsentation aktueller Studienergebnisse/Publicationen der Neurologie und fachübergreifende Themen. Krankenhaus Nordwest GmbH, Haupthaus, Raum 2. Offen für externe Besucher. Der vollständige Besuch der Veranstaltung wird von der LAEKH mit 2-3 CME-Punkten zertifiziert, Aufnahme in E-Mail-Verteiler möglich. Infos: Dr. V. Jost, Tel.: (0 69) 76 01-32 46, E-Mail: jost.volker@khnw.de

■ **4. Juli**, 17.00 Uhr: Fortbildung **Kindliche Schlaganfälle**, Klinikum der J. W. Goethe-Universität Frankfurt a. M., Institut für Neuroradiologie, Haus 95, Hörsaal. Eine Veranstaltung des Neuroradiologischen Forums Frankfurt a. M. (NFF). Der vollständige Besuch der Veranstaltung wird von der LAEKH mit 3 Punkten zertifiziert. Infos: Dr. Ö. Gürvit, Tel. (069) 63 01-77 64, E-Mail: ricarda.wessinghage@kgu.de

■ **8. Juli**, 8.00–17.30 Uhr: **2. Frankfurter Interdisziplinäres Symposium für Mamma-Diagnostik und Interventionen (FISMA)**, Klinikum der J. W. Goethe-Universität Frankfurt a. M., Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Hörsaal 22-1. Der vollständige Besuch der Veranstaltung wird von der LAEKH mit 8 Punkten der Kategorie A zertifiziert. Infos: Prof. Dr. Th. J. Vogl, Tel.: (0 69) 63 01-72 77, E-Mail: t.vogl@em.uni-frankfurt.de

■ **12. Juli**, 16.15 Uhr: **Mittwochs-Arbeitskreis Onkologie: Neues vom ASCO, Teil 2**, Städtische Kliniken Frankfurt a. M.-Höchst, Klinik für Innere Medizin, Abteilung 3, Onkologie, Gemeinschaftsraum (2. Stock). Referent: Prof. Dr. Volker Möbus, Städt. Kliniken Frankfurt a. M.-Höchst. Infos: Frau Nöth, Tel.: (0 69) 31 06-33 20, E-Mail: InnereMedizin3@skfh.de

■ **12. Juli**, 18.30 Uhr: **Kolorektales Karzinom – Therapeutische Qualität durch interdisziplinäre Vernetzung und leitliniengerechte Standards**, Frankfurter Klinikallianz (www.klinikallianz-frankfurt.de), Japan Center: „Windows 25“ (25. Etage), Taunustor 2, Frankfurt am Main. Infos: Sekretariat Dr. Thomas W. Kraus, Tel.: (0 69) 76 01-32 34, E-Mail: Kraus.Thomas@KHNW.de

■ **12. Juli**, 19.00 Uhr: **Unerfüllter Kinderwunsch (Infoabend für Patienten)**, Krankenhaus Nordwest GmbH, Kommunika-

tionszentrum. Veranstalter: Prof. Dr. E. Merz, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe an der Krankenhaus Nordwest GmbH. Infos: Frau Künstler, Tel.: (0 69) 76 01-35 79

■ **11. September**, 19.00 Uhr: **Adipositas-Informations-Abend**, Präsentation für Patienten, Angehörige und Interessierte zur aktuellen Diagnostik und Therapie des Übergewichts, Krankenhaus Nordwest GmbH, Kommunikationszentrum, Raum Taunus. Referent: Dr. Ramon Chandra, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und minimal-invasive Chirurgie an der Krankenhaus Nordwest GmbH. Infos: Frau U. Lüddeke, Tel.: (0 69) 76 01-36 89, E-Mail: optifast@krankenhaus-nordwest.de

■ **26. September**, 19.30 Uhr: **Refresher-Seminar „NT und Nasenbein 2006“**, Krankenhaus Nordwest GmbH, Kommunikationszentrum, Veranstalter: Prof. Dr. E. Merz, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe an der Krankenhaus Nordwest GmbH. Infos: Frau Künstler, Tel.: (0 69) 76 01-35 79

■ **29. September**, 8.30 Uhr: **Internationaler Kryotherapie-Workshop**, Grundlagen, Entwicklung, neue Techniken, Klinik für Urologie und Kinderurologie, Krankenhaus Nordwest GmbH, Kommunikationszentrum, Raum Taunus. Referenten: Ltd. Oberarzt Ulrich Witzsch, Derek Jerome. Infos: Frau Fehlau, Tel.: (0 69) 76 01-39 17, E-Mail: fehlau.isabella@khnw.de

■ **6./7. Oktober**, 13.00 Uhr: **Intensivkurs 3D/4D Sonographie**, Krankenhaus Nordwest GmbH, Kommunikationszentrum, Veranstalter: Prof. Dr. E. Merz, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe an der Krankenhaus Nordwest GmbH. Infos: Frau Künstler, Tel.: (0 69) 76 01-35 79

■ **11. Oktober**, 17.00 Uhr: **Die Beatmungspneumonie – Prophylaxe, Diagnostik, Antibiotikatherapie**, Institut für Anästhesiologie, Intensiv- und Notfallmedizin, Städtische Kliniken Frankfurt a. M.-Höchst, in Zusammenarbeit mit der Chirurgischen Klinik, Haus A, 2. OG, Gemeinschaftsraum. Referent: Prof. T. Welte, Uni Hannover. Der vollständige Besuch der Veranstaltung wird von der LAEKH mit 2 Punkten zertifiziert. Infos: Prof. Dr. H. W. Striebel, Institut für Anästhesiologie, Intensiv- und Notfallmedizin, Städtische Kliniken Frankfurt a. M.-Höchst, Tel.: (0 69) 31 06-28 30, E-Mail: Striebel@skfh.de

■ **3./4. November**, 13.00 Uhr: **Dopplersonographie-Grundkurs**, Krankenhaus Nordwest GmbH, Kommunikationszentrum, Veranstalter: Prof. Dr. E. Merz, Chefarzt der Klinik für

Gynäkologie und Geburtshilfe an der Krankenhaus Nordwest GmbH. Infos: Frau Künstler, Tel.: (0 69) 76 01-35 79

■ **14. November**, 19.30 Uhr: **Refresher-Seminar „Abdomenfehlbildungen“**, Krankenhaus Nordwest GmbH, Kommunikationszentrum, Veranstalter: Prof. Dr. E. Merz, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe an der Krankenhaus Nordwest GmbH. Infos: Frau Künstler, Tel.: (0 69) 76 01-35 79

■ **15. November**, 19.00 Uhr: **Unerfüllter Kinderwunsch (Infoabend für Patienten)**, Krankenhaus Nordwest GmbH, Kommunikationszentrum, Veranstalter: Prof. Dr. E. Merz, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe an der Krankenhaus Nordwest GmbH. Infos: Frau Künstler, Tel.: (0 69) 76 01-35 79

■ **29. November**, 17.00 Uhr: Fortbildung **Leberersatztherapie – Indikationen, Erfahrungen**, Institut für Anästhesiologie, Intensiv- und Notfallmedizin, Städtische Kliniken Frankfurt a. M.-Höchst, in Zusammenarbeit mit der Chirurgischen Klinik, Haus A, 2. OG, Gemeinschaftsraum. Referent: PD Dr. H. W. Striebel, Uni Frankfurt a. M. Der vollständige Besuch der Veranstaltung wird mit 2 Punkten von der LAEKH zertifiziert. Infos: Prof. Dr. H. W. Striebel, Institut für Anästhesiologie, Intensiv- und Notfallmedizin, Städtische Kliniken Frankfurt a. M.-Höchst, Tel.: (0 69) 31 06-28 30, E-Mail: striebel@skfh.de

■ **8./9. Dezember**, 10.00 Uhr: **6. Mainzer Fortbildungskongress Pränatale Medizin**, Kurfürstliches Schloss in Mainz, Veranstalter: Prof. Dr. E. Merz, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe an der Krankenhaus Nordwest GmbH. Infos: Frau Künstler, Tel.: (0 69) 76 01-35 79

Weitere Informationen und Hinweise finden Sie auch unter: www.klinikallianz-frankfurt.de

Impressum:

Frankfurter Klinikallianz
Geschäftsstelle
Postfach 190291
60326 Frankfurt am Main

Kontakt: Susanne Knechtges-Seifert
Fon: (0 69) 7 58 04-2 14, Fax: (0 69) 73 18 72
E-Mail: info@klinikallianz-frankfurt.de
Internet: www.klinikallianz-frankfurt.de